

Congresos y Symposiums

Simposio de Psiquiatría Infantil

“Pseudodebilidad mental”

Presidente-Moderador:

Dr. G. Teruel

Ponentes:

Dra. C. Esquete	:	concepto
Dra. J. Judez	:	etiopatogenia
Dra. J. Fornell	:	exploración
Dr. J. Guarné	:	diagnóstico diferencial
Dr. J. Cobo	:	orientación terapéutica

Contraponentes

Dra. M.^a L. Teixidó
Dr. J. Tomás

CONCEPTO DE PSEUDORETRASO MENTAL

Dra. Esquete

Santiago de Compostela

Desde principios de siglo se intentó hablar de los diversos conceptos de deficiencia mental y otros términos, utilizados con sinónimos.....

defecto mental
amencia.
oligofrenia.
retardo.

Antes del siglo XX fueron pocos los intentos de establecer una clasificación científica de la deficiencia y muy escasa la literatura acerca de las variedades de síndromes clínicos y sus múltiples causas.

Durante algunos años, en Norteamérica y después en Gran Bretaña, el término "retardo" fué utilizado cada vez más en lugar de "deficiencia" (tampoco es este el término definitivo), ya que no discrimina entre desarrollo lento intrínseco hasta un límite y el progreso lento por razones extrínsecas; que su significado literal puede implicar un período previo de desarrollo más rápido o una evolución moderada..... e incluso este término de "retardado". aplicado al sujeto, es desagradable también.

En cualquier caso, los primeros intentos de una definición precisa, dejaron muchas preguntas sin respuesta,

¿qué es desarrollo normal?, ¿como medir la falta de desarrollo?.

En las últimas décadas, se propusieron diversos criterios:

1.1. El criterio de inteligencia. Fue más usado y de siempre los profanos daban igual aceptación a "defecto mental" que a "defecto intelectual" (todavía hoy se hace)..... y así desde el principio, se inventaron las pruebas, que parecían medir con cierta exactitud los resultados, en cifras que le daban apariencia de respetabilidad científica. Es por ello que aún son vigentes dichos conceptos.

También desde el principio, Tredgold puso objeción de que el manejo (1908) de deficientes dependía en la práctica no solo de su "inteligencia" sino también de "su competencia social" y estos dos factores no se encontraban siempre muy relacionados.

Se criticó entonces también la fiabilidad de las pruebas de inteligencia que casi siempre dependía más del conocimiento adquirido que de la facultad de aprender.

Otros autores a lo largo de los años, hicieron también críticas.

En 1950 Ann Clark ya agrupa en cuatro aspectos todo esto:

- 1) El CI y la conducta social no guardan una relación perfecta
- 2) El CI no es fiable
- 3) El mismo CI en diferentes pruebas pueden no significar la misma cosa
- 4) El CI no es constante

Parece que (1) es lo más importante..... pero debe destacarse que el CI como criterio absoluto para el diagnóstico de defecto mental, es muy importante aún hoy día.

1.2. Criterio educacional: se ha sugerido

do otro standard de normalidad, el de educabilidad escolar. Como es bien sabido, mientras la gran mayoría de los niños que asisten al colegio, alcanzan el nivel exigido de adelanto, pero algunos no lo logran.

Si ésta incapacidad es claramente mental, no debería sugerirme el empleo de "educabilidad" como criterio para distinguir entre "normalidad" y "defecto mental". Hay serias objeciones aquí, ya que se observa amplias diferencias en la respuesta individual a la instrucción escolar y en la facultad de aprender determinados temas, tan amplios en verdad, que algunos fracasos escolares pueden estar dentro del nivel de variación normal, especialmente, cuando muchos de ellos, después de dejar la escuela, demuestran capacidad por sí mismos, para ganarse la vida y protegerse a sí mismos.

Por tanto, no parece científico y justificable emplear la "educabilidad escolar" como única prueba distintiva entre mente "normal" y "deficiente".

1.3. Criterio social. Utilizar la competencia social como criterio, tiene verdadera consistencia pero también es posible dar ciertas objeciones. La reacción más saludable de individuo, es en el sentido de ser socialmente aceptable, es su habilidad de conformar las normas de conducta aceptadas por otros grupos, o aun para una comunidad más amplia de la cual su grupo, representa una parte.

1) Ambiente normal y patológico. Se ha sostenido que pueden definir como "deficientes" a aquellas personas que no mantienen una existencia independiente en un ambiente "normal".

Pero esto solo plantea nuevos interrogantes: "¿qué es un ambiente normal?", "¿qué es anormal?" y esta línea es tan difícil de trazar, como la distin-

ción entre individuos "normales" y "anormales".

Debe recordarse que las normas de conducta social, cambian de lugar en lugar y de tiempo en tiempo, en un mismo lugar y la sociedad también cambia en toda su tolerancia, especialmente en la presión que ejerce sobre los individuos que la componen.

2. En cuanto al grado de efecto:

Cada uno de los grados puede tener su origen en una variedad de causas aisladas o combinadas y cada grado, ofrece una amplia escala de variación.

Desde el extremo en que la mente es tan deficiente que puede decirse que "difícilmente está presente" hasta el otro extremo, el defecto es tan leve, que puede ser excesivamente difícil decir que el individuo es realmente defectuoso; y estos dos extremos están conectados por tales insensibles gradaciones que el total forma una serie sin solución de continuidad.

Al no existir líneas naturales de demarcación, es obvio que toda división que se intenta, será artificial, arbitraria, (los clásicos "idiocia", "imbecilidad" y "debilidad mental" límite). Veamos cada definición original, ha sido reemplazada por una combinación del "criterio social" e "intelectual" (Heber, 1958).

2.1. Los primeros trabajos sobre deficiencia, fueron realizados en su mayoría por médicos (consistía en descripciones clínicas y causas probables).. esto logró despertar la conciencia nacional, la sociedad, legisladores y reformadores sociales.

Pero desde entonces, el problema básico, se consideró solo como un asunto médico; psicólogos y sociólogos apenas representaron nada en ésta época.

En segundo lugar, la combinación de un problema médico, ideas actuales sobre genética, investigación bioquímica

ca, embriología, estas llevaron a la preocupación por una búsqueda de las bases físicas del defecto. Desde el comienzo, fué reconocido que el deficiente puede fallar en el desarrollo por una variedad de causas. Unas eran claras: problema de parto, alteración bioquímica, genética, accidentes. Pero una gran proporción de deficientes no entran dentro de estos grupos..... se idearon para ellos distintas acepciones "primarias", algunos creen que se deben a causas físicas aún no descubiertas, otros sostienen que formaban parte del extremo inferior de la curva de distribución normal de la inteligencia humana).

* Los estudios clínicos demostraron que los dos grados inferiores (idiota, imbecil) estaban a menudo asociados con lesiones físicas generales, mientras que la mayor proporción de los deficientes "primarios" eran "débiles mentales".

2.2. Los factores emocionales en el desarrollo mental

El tema atrajo la atención de los psicólogos de manera gradual y llamaron la atención de que las lesiones emocionales, podía haber logrado en el desarrollo de la inteligencia, la falta de estímulo psicológico y la ausencia de una clínica emocional saludable, lo que había causado el defecto mental en primera instancia. La definición más ampliamente aceptada de retraso mental fué propuesta por Heber (1) y ha sido apoyada por la American Association o "mental deficiency" el término de R.M. se refiere a un funcionamiento intelectual general por debajo del promedio que se origina durante el período de desarrollo y va asociado con una alteración del comportamiento adaptativo.

Hay pues dos aspectos muy importantes en esta definición que determinan la naturaleza de la valoración o

verificación psicológica que se lleva a cabo para establecer los criterios para un diagnóstico de R.M.

- criterio intelectual (determinado por una prueba de inteligencia estandarizada)
- criterio social (descrita en términos de comportamientos y/o como resultado de pruebas generales, sobre un inventario estandarizado de competencia social)

Aunque estamos de acuerdo en que las pruebas no siempre describen por completo al sujeto R., pero es un método más o menos objetivo de considerar el comportamiento personal del individuo sobre el que basar una decisión. (No hace falta decir que las técnicas de valoración tienen en cuenta las variables personales y sociales, no básicamente objetivos).

R.M. y organización afectiva.

Pensamos que por la gran heterogeneidad de los R.M. es por lo que los autores no se ponen de acuerdo sobre la psicopatología y el desarrollo de la personalidad de los retrasados.

Los individuos R. han de enfrentarse a mayores riesgos: la vulnerabilidad emocional, está relacionada con factores que ya desde el comienzo de la vida del niño son importantes; por ejemplo, un retraso o un fracaso en reconocer a su madre, retrasará o impedirá el desarrollo de los primeros apegos afectivos. El riesgo de desarrollar una perturbación, es mayor en los niños que muestran una irregularidad de las funciones biológicas, respuestas de retraimiento ante nuevos estímulos, falta de adaptabilidad, y una reactividad de intensidad elevada. La imagen que el niño retrasado da de si mismo suele ser desfavorable, así como la captación de la misma.

La Dra. Manoni, psicoanalista, inclu-

so llega a negar la deficiencia intelectual y la noción de CI (tal como se entiende en general) y la de etiquetar al niño como "retrasado incurable" al no encontrar más soluciones que la pedagogía.

R. Misés (1968) habla del caso de los deficientes mentales atípicos que deben ser abordados, no en la perspectiva limitada de trastorno instrumental o una deficiencia mental intelectual, sinó a través de la forma global de los trastornos de la personalidad, llegando a la noción "disarmonía evolutiva de vertiente o expresión deficitaria", pero ya en 1971 este mismo autor apunta que "si se observa con atención las diferencias entre:

- debilidad atípica
- debilidad disarmónica

son realmente diferencias de grado y no de naturaleza y además solo el R.M. debe ser estudiado desde el ángulo de la personalidad. G. Garrone y otros, hicieron investigaciones pluridimensionales sobre grupos y delimitaban niños que asistían a las "clases especiales", observando su biografía, notan que pertenecen a un nivel socioeconómico bajo y cuyas condiciones de desarrollo y la manera de las relaciones afectivas que se les había impuesto parecen contener el modelo mismo de sus limitaciones posteriores.

Dice pues, que los débiles mentales, no solo es un trastorno de la inteligencia, ni la suma de distintos déficits, sinó con una real disarmonía funcional que afectará a distintos aspectos de la personalidad.

La patología psiquiátrica infantil, ha ido evolucionando bajo la influencia de actitudes médico-filopáticas, al igual que ha ocurrido con el adulto, y que se refieren a funcionamiento del espíritu, si queremos comprender el trastorno psicopatológico del niño, hay que tener

en cuenta, que se dan a un ser que está en desarrollo, que nace inmaduro, y que su organización va unida a las influencias del entorno y que el niño ha de resolver y lo hace, sus propios problemas a través de sus experiencias. Entonces el psiquiatra, ha de diagnosticar "la enfermedad" en lo que obedece a deficit de madurez, trastornos personales o alteración más o menos pasajera.

Entre las desorganizaciones funcionales, hay una que varios autores, hacen notar preferentemente (Ajuriaguerra y Diatkine), la disarmonía evolutiva y que también Anna Freud llama "desequilibrio entre lesiones de desarrollo", concepto bastante similar. En ciertos niños, por razones de maduración o afectivos, hay un desfase de alguna área (motricidad, lenguaje, autonomía, etc.) ya sea por superación o más frecuentemente retrasado con respecto a los demás y en función de su repercusión en los demás sistemas y en su forma de perturbación en la plenitud de la personalidad de éste niño.

Insistimos mucho en el desfase entre un desarrollo intelectual precoz de las funciones perceptivo motórica e insuficiencia del lenguaje, tec. ya que pueden ocasionar el retraso en la evolución por falta de ganas de valerse de la función insuficiente o por hiperataxia de la función para la que el niño está mas dotado.

Pero tales defensas no ocasionan forzosamente alteraciones patológicas que después podrán ser una de las características de la psicología infantil diferencial de los niños.

Es pues bastante importante el prestar una suma importancia a la psicología diferencial en relación con cualquier desorganización funcional; no hay que olvidar que el niño se halla en un estado de evolución y cambio.

En la definición de Zazzo, habla del grupo o formas en que la debilidad

mental, de rendimiento intelectual, está reducida en relación a las perturbaciones caracteriales y afectivas, pero que no se observa desadaptación, excepto la que evidentemente resulte del bajo rendimiento escolar.

Son los débiles mentales, o falsos débiles mentales, en que en una situación neurótica, lo que descubre el cuadro sin haber desadaptación social. Son casi siempre niños neuróticos en que su rendimiento mental está ajustado por la propia neurosis (suele dar valores verbales más altos que los manuales).

A veces, es tal la inhibición ejercida y las alteraciones afectivas es transitoria y aunque el conflicto neurótico no se resuelva del todo, la modificación de ciertas condiciones ambientales que lo mantengan activos es suficiente para que el rendimiento intelectual se eleve; son pseudodébiles mentales. Otras veces, la situación neurotizante persiste o se agrava por frustraciones o aislamiento, se sigue manteniendo el rendimiento intelectual, puede hacerse irreversible al psicotizarse. No olvidemos el concepto de lo sociocultural, considerado desde el nacimiento referido a una situación precultural en las edades evolutivas.

La cultura de grado más elevado en el adulto, tiene un periodo inicial en la edad infantil que debe ser ejercida gradualmente y adquirida por el aprendizaje de hábitos y formas de comportamiento; este empieza en el nacimiento y puede llevar a un niño de un nivel de manifestaciones primarias de naturaleza cultural con esta designación y este significado social. Vistas así las cosas, tenemos que establecer unos grados en los conceptos de "debilidad" y "pseudodebilidad mental".

— "debilidad mental": el estado de inferioridad psicológica que lleva a un aprovechamiento lento en la adquisición de conocimientos elementales, no logrando nunca una completa recupe-

ración educacional. (Ajuriaguerra refiriéndose a esto dice "se observa.... un relativo desarrollo agotado en un momento" y "hay una viscosidad en el razonamiento (viscosidad genética) circunstancia que no permite al debil mental llegar a una recuperación hasta la normalidad intelectual, cualquiera que sea la alternativa terapéutica".

— el "pseudodebil mental" es una situación derivada de influencias del medio, educacionales, insuficientes y mal orientados "privación cultural con problemas emocionales" (Ajuriaguerra).

C. Kohler distingue entre R.M. retardado

Llama retardado a los deficientes de adquisiciones escolares o culturales, con inteligencia normal y ese "déficit" es la consecuencia educativa o escolar, enfermedad intercurrente o malísimas condiciones socio-psicológicas, pero es recuperable por actitudes médico-pedagógicas apropiadas. (esta clasificación es parecida a la de R.M. "patológico" y R.M. "cultural").

* Concepto de pseudodebilidad mental

Es una situación equivalente a la debilidad mental, cuando la carga intelectual es normal (actitud teórica) y es posible transformarla mediante una reeducación terapéutica adecuada (actitud práctica). (Segun Ajuriaguerra),

La noción de pseudodebilidad mental se basa en unos:

- principios técnicos
- principios prácticos

Principio técnico: es la existencia de un cuadro, similar o equivalente a la debilidad mental que se da en sujetos, en que su "potencia intelectual" es normal.
Principio práctico: la posibilidad de transformar esta situación mediante una reeducación o terapéutica adecuada per-

mitiendo al sujeto, percibir o adquirir estos conocimientos que les faltan. Berton opina que solo deben incluirse en este grupo, formas de debilidad mental de causa atípica (insuficiencia sensorial, déficit motor, carencia cultural, o problemas emocionales, etc.). Y que estos factores pueden interferir la evolución de la inteligencia.

Clinicamente la pseudodebilidad mental se clasifica según su origen.

J.L. Faura propone el siguiente esquema:

- (a) pseudoretraso por falta de aportaciones al medio
- (b) pseudoretraso relacionado con una inhibición de las posibilidades del individuo
- (c) pseudoretraso relacionado con dificultades específicas

(A) Pseudodebilidad mental relacionada con una falta de aportaciones al medio.

El desarrollo mental exige que el medio aporte estímulos y solo puede ocurrir esto si el individuo logra interacción afectiva con las personas que le rodean: estímulos y gratificaciones que dan significado a las adquisiciones intelectuales.

- ~~niños criados en medios familiares frustrantes~~
- ~~niños criados en medios precarios.~~
- ~~carencia de instrucción escolar.~~
- más de una de éstas circunstancias

El cuadro puede confundirse con debilidades mentales débiles o medias, y afectan al conjunto de los factores intelectuales. El cuadro es de pobreza general, aunque las estructuras son normales. La posibilidad de éxito se da en niños pequeños con un buen programa reeducativo.

(B) Pseudodebilidad mental por inhibición de las posibilidades receptoras.

Una afección afectiva puede repercutir en el rendimiento intelectual. La aparición de R.M. es ligera, pero las dificultades escolares son importantes por inhibición de las posibilidades receptoras, falta de dinamismo intelectual, infantilismo, superficialidad, oposición.

La psicoterapia ayuda a resolver el cuadro.

(C) Pseudodebilidad mental relacionada con trastornos específicos.

- dislexias
- disgrafias
- trastornos de la adquisición del lenguaje
- alteraciones témporo-espaciales
- trastorno psicomotor
- gran carga ansiosa, inhibidora, de las mismas repercusiones sociales y escolares, que los débiles mentales.

EN RESUMEN: Hay aún una gran confusión entre:

- la terminología
- la patogenia

Del R.M.

- a) cuando lo fundamental es lo "congénito", el retraso se debe a una "falta primaria" de esta potencia del "aparato psíquico".
- b) cuando lo fundamental es el "potencial psíquico" que no se puede expresar por una lesión cerebral, demostrada o supuesta.
- c) cuando el potencial neurofisiológico está intacto, pero existe una desorganización de los sistemas preparatorios y de elaboración del reconocimiento en una etapa precoz con factores:

- funcionales
- afectivos
- socioculturales
- nutricionales, etc.

La personalidad del niño insuficiente mental es el fruto de la interrelación entre su potencia de base y su sintoma relacional.

Para comprender estos datos, es importante no hablar anatomofisiológicamente, ni de un sistema afectivo-cultural en abstracto, pues el desarrollo de la personalidad es el resultado de una conjugación y depende de acontecimientos no siempre "cualitativos" ni "cuantitativos" exclusivamente, sino que además depende de la cronología en que aparece.

La pseudodebilidad mental es una situación derivada de influencias del medio, educacionales, insuficientes y mal orientadas con inteligencia o potencial intelectual normal, pero recuperable por actitudes médicopedagógicas apropiadas.

Dr. Tomás:

Nuestra intención como contraponentes es distribuirnos el comentario a las distintas exposiciones efectuadas por la mesa redonda. La Dra. Teixidó se referirá a las ponencias de etiopatogenia y de diagnóstico diferencial, en tanto que yo contestaré al concepto, exploración y terapéutica.

Por corresponderme a mí en primer lugar, efectuar contraponencia a la comunicación sobre el concepto, desearía ante todo agradecer y elogiar extraordinariamente el trabajo efectuado por los ponentes, el cual a mi modesto entender es ampliamente exhaustivo, en toda aquella serie de aspectos en que

se han planteado la problemática de la pseudodebilidad mental; por lo menos, ésta es mi impresión después de escucharles imparcialmente y sin preparación ni conocimiento previo de las distintas ponencias.

A nivel conceptual sugeriría como punto de discusión, el que tenemos la impresión de que el concepto de pseudodebilidad mental es una noción que tan sólo puede ser usada como semántica de tipo clínico y que está en total contradicción con mensuraciones o valoraciones psicométricas que en un momento dado, de una exploración concreta, se pueda efectuar a un paciente. El cociente intelectual puede ser perfectamente normal, la inmensa mayoría de autores refieren que el pseudodébil, en el supuesto de que podamos usar éste término, debe ser considerado como un individuo normal en cuanto a su inteligencia; en otros casos, el cociente intelectual puede ser bajo. Los autores que hacen referencia al hallazgo de un cociente intelectual bajo, no lo valoran como un concepto absoluto, sino que consideran que ésta cifra está descendida en función de la repercusión dinámica que existe en éste tipo de paciente y que sin lugar a duda, disminuye su eficacia frente a las pruebas o tests a las cuales está sometido.

Otro aspecto a considerar para centrar la discusión o bien para apoyar este concepto clínico al que me refería, es el de que la noción de pseudodebilidad mental se centra básicamente sobre una valoración de rendimiento y de eficacia. Rendimiento y eficacia que solamente pueden ser analizados en tres áreas: la afectiva, la social y la de adquisiciones de aprendizaje. Todos nosotros creo, estamos sometidos a una deformación y ésta, frecuentemente nos hace quizás sobrevalorar los aspectos del aprendizaje en cuanto a adquisiciones concretas de tipo cuantificable en referencia a aspectos sociales

y afectivos y si analizamos la frecuencia del uso de la etiquetación diagnóstica de pseudodebilidad mental, se aprecia que es mucho más frecuente en aquellos servicios donde hay una mayor dependencia del factor de eficacia del aprendizaje, o de eficacia en el sentido estricto de rendimiento.

3 En la valoración conceptual de la pseudodebilidad mental, nos parece interesante plantear la noción implícita de recuperabilidad y la posibilidad de que en función de una determinada estrategia terapéutica, exista al menos desde un punto de vista especulativo, una posibilidad más o menos real de recuperación.

Estoy absolutamente de acuerdo en que el pseudodébil está ahí, y de que es un individuo en riesgo independiente de que exista o no, y creyendo como creo que deberíamos decir que no existe. Cuando decimos que un individuo tiene una pseudodebilidad mental, significa fundamentalmente el dar una noción de que está en situación de riesgo y que en función de las normas terapéuticas o de las orientaciones que se pongan en marcha, o de aquellas que no se efectúan, puede evolucionar hacia otras estructuras o situaciones nosológicas las cuales pueden ser mucho más irreversibles o con mayor dificultad de resolución. Referente a la exposición general del concepto, quisiéramos también añadir algunos puntos a discusión.

4 La noción del cociente intelectual al que se ha referido la Dra. Esquete, nos parece interesante recordar las palabras de Zazzo cuando señala que el cociente intelectual no es más que una relación de edad y bajo ningún concepto, una valoración absoluta, ni tan sólo un punto de referencia que sea objetivable científicamente, sino que simplemente es una comparación entre una serie de escalas madurativas o conjunto de niveles de eficiencia con un grupo dado, relacionado a la edad cronológica del

individuo estudiado. Tan sólo como noción de relación de edad y en función de un conocimiento profundo de la escala que apliquemos, es cuando tiene utilidad como dato clínico; dato que será uno más en la evaluación global del paciente. En éste sentido, recordaríamos cuan frecuentemente hemos visto que la aplicación de las distintas escalas de inteligencia, nos aporta de forma franca, datos discordantes entre sí, los cuales no están en función del paciente, sino en función de la tipificación de la escala, y sin duda también en función de la forma en la que ésta se ha aplicado.

5 Respecto a la educabilidad escolar, nos volvemos a encontrar con una búsqueda deformada de sistematización o pautización para conseguir un conjunto de adquisiciones; el niño, frente a ésta planificación para conseguir un rendimiento puede fracasar y este fracaso, puede depender del método pedagógico usado o bien porque presente determinados déficits en su estructura psicológica que no le permita responder a la exigencia pedagógica de forma satisfactoria, o simplemente puede no presentar una estructura dialéctica con el método pedagógico de tal forma que no tendrá entonces una posibilidad de adquirir aquellos conocimientos previstos por la planificación pedagógica.

6 Los aspectos de la afectividad y de la dinámica del paciente, me parecen enormemente importantes y en éste sentido, desearíamos oír un comentario más extenso de la Dra. Esquete, de hasta qué punto considera de que quizás el pseudodébil, en la mayoría de los casos presenta una serie de perturbaciones, de inhibición, o de dispersión neurótica sin necesidad de que se encuentre una estructura neurótica compleja organizada y hasta qué punto ésta situación de inhibición y de dispersión, favorece o impregna todo su fracaso o

pseudofracaso.

7 Referente a los aspectos socio-culturales, nuestra situación es semejante a la del Dr. Cobo. Nuestro equipo en la Clínica Infantil de la Seguridad Social de Barcelona, visita fundamentalmente pacientes de clase media baja y mayoritariamente baja y nos angustia y preocupa la situación no sé si llamarla de enfrentamiento, de contraculturalidad, o simplemente de disculturalidad, ya que decir que el inmigrante no tiene cultura me parece enormemente gratuito puesto que depreciar su valor cultural también es gratuito, ya que lo que realmente ocurre es que nos encontramos frente a una cultura distinta correspondiente a la modalidad cultural del inmigrante enfrentada a otra modalidad cultural y además en general, urbana, a la cual en aquel momento está sometido. Tengo la impresión de que esto produce en el inmigrante, una situación de desorientación, de perplejidad, de invalidación o desinvertimiento de su propia cultura con intento de aceptación de la nueva modalidad cultural, o de la culturalidad urbana que crea una situación de aculturalidad. En este aspecto, disminuye sus posibilidades de eficacia que repercutirán seriamente en la elaboración de la motivación, apareciendo un descenso en sus posibilidades motivacionales, lo que sin duda descenderá en todos los sentidos, sus adquisiciones tanto en el medio familiar propiamente dicho, como en el niño de forma más específica.

Dra. Esquete:

Voy a referirme en primer lugar al último punto, puesto que fué en el que yo quedé más sorprendida y que se refiere a la problemática de la inmigración. En cuanto a la inmigración y a los inmigrantes, trabajo al que yo me referí, quizás me he explicado mal puesto que para mí el inmigrante merece el máximo

respeto por provenir de una zona en donde la emigración es un problema muy serio. Yo me refería a que los niños de colegios especiales vivían en unas condiciones familiares de una cultura más baja, o subcultura nada más aunque yo no me referí al término de subculturalidad; los modelos coincidían en cierto modo en aquellos aspectos de conducta familiar o de estilo de familia, a los ambientes socialmente bajos de los niños suizos y señalaba que los niños que estaban en aquellas clases coincidían en muchos aspectos y nada más.

En cuanto al concepto clínico, efectivamente las definiciones que yo dí, la mayoría estaban impregnadas de un sentido clínico. Posiblemente porque yo soy médico y trabajo a este nivel; si fuese sociólogo, quizás lo haría a otro nivel. Sin duda, iba muy impregnado o saturado de situaciones de aprendizaje afectivos y sociales y si yo insistí tanto, quizás en el aspecto del aprendizaje es porque el ambiente donde trabajo nos lo está recordando continuamente, y aunque yo dijera que no debería ser así en teoría, lo que sucede en la práctica es que nos están remitiendo a la consulta fundamentalmente problemas de aprendizaje. Después, ésto será un aspecto secundario, pero el motivo inicial es el problema del aprendizaje; luego como trabajo a este nivel, lo defino así.

Respecto a la noción de recuperabilidad, me parece muy importante por supuesto a nivel práctico, ya que a si este nivel práctico no lo recuperamos, es cuando realmente son retrasados mentales.

Si existen o no existen estos sujetos, ¿, estás de acuerdo conmigo que no existen pero están ahí y que algo hay que hacer con ellos.

En cuanto al concepto de Zazzo sobre cociente intelectual, no coincide con el que yo dí. Estoy de acuerdo en que el cociente intelectual no es más

que una relación de edades en comparación a las escalas madurativas; referente a la educabilidad escolar y a las adquisiciones, fue lo que yo enlacé con el primer concepto clínico y es evidente que las perturbaciones de la afectividad e inhibición existen y que estas a veces constituyen situaciones neuróticas, por lo que yo estoy de acuerdo con lo que decía el Dr. Cobo en el sentido de que ésta situación neurótica puede ser la que equilibre la situación y que es mejor no movilizarla.

ETIOLOGIA DE LA PSEUDODEBILIDAD MENTAL

Dra. Judez

Barcelona

La etiopatogenia de la pseudodebilidad mental, al igual que pasa en otras entidades, difícilmente la podemos referir a una sola causa. Creemos que en muchas ocasiones será más de un factor los que asociados darán como resultado el Síndrome de la Pseudodebilidad mental que hoy nos ocupa.

Sin embargo para facilitar su estudio, vamos a tratar aisladamente cada uno de los siguientes aspectos que pueden ser causa o concausa de una pseudodebilidad mental:

I — Factores ambientales

- I.1 socio-económico-cultural
- I.2 hábitat
- I.3 volumen familiar
- I.4 número de orden en el nacimiento
- I.5 ambiente familiar

II — Factor psicoafectivo

III — Factor psicogénico

IV — Trastornos específicos

- V — Deprivación sensorial: V.1 Vista
V.2 Oído

APART. I. FACTORES AMBIENTALES COMO CAUSA DE LA PSEUDODEBILIDAD MENTAL

Cuando examinamos la literatura observamos que es a partir del año 1910 cuando se estudia la influencia de los factores del ambiente sobre la inteligencia, nos damos cuenta que hay tres temas que proporcionan la base para todas las investigaciones:

- a) Nivel intelectual según los diversos status socioeconómicos.
- b) Nivel intelectual según el hábitat (rural o urbano) de los sujetos.
- c) Nivel intelectual según la dimensión de la familia.

El nivel intelectual según los diversos status socioeconómicos es el que primero y durante más tiempo ha ocupado a los investigadores: prácticamente todos los años se publica alguna investigación sobre inteligencia y status económico. A partir de la Segunda Guerra Mundial algunos países confeccionaron grandes encuestas tales como: En Francia el Institut National d'Etudes Demographiques en 1944 sobre 100.000 niños de edad escolar de 6 y 12 años. En Bélgica en 1946 y en Gran Bretaña 1932 y 1947 sobre 70.000 niños escoceses. Hasta 1920 no empieza a intervenir el "hábitat" (rural-urbano) y después en 1925 se inicia la preocupación por la "dimensión" de la familia.

1.1 Inteligencia y status socio-económico - cultural

Todos los investigados concluyen en unos mismos resultados: el ambiente socioeconómico ejerce una influencia significativa sobre el nivel de los resultados de los testigos sometidos a test

de inteligencia. Los que pertenecen a ambientes menos favorecidos obtienen resultados inferiores por término medio a los sujetos de otros ambientes.

Binet en 1910 en París. Decroly en 1910 en Bélgica, hallan que los niños de barrios pobres obtienen resultados menores que los niños de barrios acomodados.

Morle 1911, estudia edad por edad la población escolar de dos escuelas, hallando que la desigualdad entre los niños de ambientes acomodados y los niños pobres aumenta con la edad.

Algunos autores se dedicaron al estudio de un único ambiente homogéneo en el seno del cual establecerán unas jerarquías de nivel de vida y así Bridges y Coler en 1917 dentro de la clase media inglesa determinarán diferentes grados combinando la profesión del padre y el alquiler de las viviendas.

Todas estas investigaciones que difieren en la elección de criterios que definen las muestras y son también muy dispares en cuanto al número y la edad de los sujetos considerados, subrayan de manera clara el paralelismo constante entre la jerarquía de los niveles socioeconómicos y la jerarquía de los niveles mentales.

A pesar de todas las diferencias entre las poblaciones estudiadas y los métodos de medida empleadas hay un hecho constante: existe una relación entre el nivel de la inteligencia y el status socioeconómico.

En la citada encuesta llevada a cabo en Francia en 1944, entre otros puntos investigados, destacó el hallazgo de una correlación entre las profesiones paternas y las notas medias obtenidas por los niños. De las notas medias más bajas a las notas medias más altas la clasificación de las profesiones paternas eran las siguientes:

- campesinos
- obreros rurales
- obreros de ciudad
- empleados y funcionarios rurales
- empleados y funcionarios de ciudad
- cuadros industriales y comerciantes
- profesiones intelectuales y liberales

En el Centro de Medicina Preventiva Escolar de Sabadell (Barcelona) en 1971, José Corominas y Ramón Roca estudiaron el rendimiento intelectual de una muestra de 1.000 niños procedentes de escuelas de alumnos de tres grupos socio-culturales distintos.

Grupo 1.- Estaba formado por escuelas situadas en zonas suburbanas y en las cuales el contingente más importante provenía de la inmigración o de familias con unas posibilidades socio-culturales bastante limitadas.

Grupo 2.- Formado por escuelas con alumnado que procedía de una zona media baja o incluso media con ciertas preocupaciones culturales y con algún tiempo de residencia e inserción dentro de la colectividad ciudadana.

Grupo 3.- Escuelas cuyos alumnos provenían de medios culturales enriquecidos, con padres preocupados por cuestiones referentes a la educación y formación de sus hijos.

Los datos estadísticos demostraron:

- Los niños que comprendían el grupo 1, obtuvieron rendimientos intelectuales por debajo de lo normal.
- Los niños del grupo 3, mostraron en las pruebas realizadas una capacidad intelectual superior a la media de su edad.

Si los niños de bajo status socio-económico-cultural como promedio son menos inteligentes que los demás, ¿hasta que punto es esto debido a factores genéticos? ¿hasta que punto lo es a

factores ambientales? ¿o acaso ambos hechos actúan de modo simultáneo para mantenerlos en un régimen menor de funcionamiento?

Las respuestas varían según los autores: Unos insisten en la preponderancia de la herencia; otros sirviéndose de la existencia de los niños-lobo de Kamala y Amala y Víctor de l'Aveyron afirman la importancia primordial del ambiente. Podemos preguntarnos si los hechos que citan estos autores no establecen unos límites a la influencia respectiva del ambiente o de la herencia más que la supremacía de uno u otro.

Zazzo en 1961 dice: Es muy difícil comprender el complejo juego entre condiciones hereditarias y condiciones del ambiente. El problema herencia-ambiente carece de una respuesta que pueda traducirse en una fórmula universal y fija por la simple razón de que la acción recíproca de los factores en juego es variable hasta el infinito.

La cuestión es compleja y se debe tener gran prudencia en la interpretación de los hechos, pese a esto las siguientes constataciones que se refieren a las relaciones de la inteligencia y al status socio-económico son bastante seguras:

- El nivel medio de inteligencia se eleva con el status socio-económico.
- Cualquiera que sea el nivel socio-económico estudiado, encontramos en él todos los grados de inteligencia: solo varía la proporción: encontramos mayor número de C.I. superiores en los altos niveles y mayor número de C.I. inferiores en los bajos.
- En el primer año de vida no existe relación entre status social y nivel intelectual. Esto puede traducir simplemente que aún no ha llegado el momento en que se manifiesta la inteligencia.
- Por el contrario, a partir de los 3

años aparece una correlación positiva: Odette Brunet estudia a tres grupos de niños en las siguientes características:

Grupo 1.- De ambiente intelectual y educado por la madre. 2) De ambiente obrero y educado por la madre. 3) Ambiente obrero y asistido en una guardería.

Se comprobó lo siguiente:

Los niños de los tres grupos para una edad media de 6 meses presentaron un desarrollo exactamente comparable cualquiera que sea su ambiente. El desarrollo se mantuvo comparable hasta los 2 años en los niños de los grupos 1 y 2, mientras que después aparece una diferencia importante a favor de los niños del grupo 1.

De estudios realizados por Freeman, Holzniiper y Mitcheel se deduce lo siguiente:

- Los niños que son adoptados y viven en hogares de nivel superior a los suyos propios, presentan un aumento en el cociente intelectual en relación con grupos comparables con niños que viven en sus hogares verdaderos.
- Cuantos más pequeños sean los niños al ser llevados a los hogares superiores mayor es el desarrollo de su cociente intelectual.
- Cuando más prolongado sea el periodo de residencia en el hogar superior, mayor es el aumento en el cociente intelectual.
- Niños que no tienen parentesco y viven en las mismas casas se parecen entre sí, en cuanto a la inteligencia, más de lo que se parecen los hermanos que viven en hogares separados.

Lo cual hace pensar que la inteligencia es una variable no menos de-

la palabra. Vamos a concretarnos a la influencia existente entre cuidados afectivos e inteligencia.

En 1949 R. Spitz publicó un estudio llevado a cabo en dos instituciones "The Nursery" y "The Foundlinghome". En los dos sitios los niños ingresaban recién nacidos, la alimentación era buena, el alojamiento y la higiene adecuados. Existía entre ambas instituciones una diferencia esencial: en "The Nursery" las madres o quienes desempeñaron este rol venían cada día a cuidar de sus hijos mientras que los bebés en "The Foundlinghome" fueron cuidados por personal empleado.

El cociente de desarrollo de los bebés cuidados por sus propias madres mantenía aproximadamente el mismo nivel durante todo el año, mientras que el cociente de desarrollo de los bebés en "The Foundlinghome" en principio era superior a los otros, pero disminuiría luego tanto que a los 6 meses y hasta la edad de 12 meses estaba aproximadamente a 40 puntos del cociente de desarrollo inferior a otros bebés.

Algunas madres en The Nursery dejaban sus hijos durante largos períodos y el personal de la institución cuidaba entonces de los pequeños. Spitz estudió los efectos de estas separaciones:

1. Durante la separación de la madre disminuyó fuertemente el cociente de desarrollo.
2. Spitz encontró que en los casos en que la madre volvió con el hijo antes de pasar 5 meses el cociente de desarrollo volvió a aumentar hasta compensar la disminución.
3. Cuando la separación duraba más de los cinco meses no se veía ninguna diferencia en el cociente de desarrollo después de la vuelta de la madre. El niño quedaba con el cociente de desa-

rollo disminuido sin que se viera ningún aumento durante los cinco años que Spitz estudió su desarrollo.

Los hechos descritos y las hipótesis sostenidos por Spitz han sido puestos en tela de juicio por distintos autores por opinar que en estas investigaciones no se tuvieron en cuenta factores que podían por sí mismo condicionar los resultados. Sin embargo que nosotros sepamos, no se ha llegado a demostrar la falta de correlación entre cuidados afectivos y desarrollo intelectual.

En la práctica diaria a menudo podemos ver los efectos negativos de una privación afectiva.

Cuando no se sabe la forma de hacer patente el afecto que se siente hacia el hijo. Generalmente se piensa que la expresión del afecto debe hacerse por medio de caricias, olvidando o ignorando otras formas muy estructurantes de la psico-afectividad como es prestar atención ya sea escuchando, observando o dialogando y valorar la positividad cualitativa de cualidades, progresos y aprendizajes que continuamente exhibe el niño en su rica y apreciada conducta todo lo cual facilita la sintonización, el diálogo y el entendimiento a nivel afectivo.

Cuando no se piensa que las muestras de afecto son tan importantes para el desarrollo de la inteligencia y de la personalidad como los alimentos lo son para el organismo.

Porque a veces sabiendo cuanto precede no se tiene tiempo de ponerlo en práctica.

Porque a veces se confunde afecto con educación y se piensa que prodigando lo primero se va a interferir lo otro.

En la existencia de problemas afectivos y relacionales en los propios padres y/o educadores.

Cuando la personalidad de padres y/o educadores no está adecuadamente

estructurada y los problemas propios requieren tanta atención que impiden al individuo proyectarse en los demás y a veces cuando lo hacen crean una relación distorsionada y distorsionadora.

Cuando existe rechazo, porque el niño frustró cuanto de él habíamos esperado o porque simplemente no se le acepta como es.

Puede también ser que en ausencia de cuanto precede es el niño quien no se siente querido y suficientemente aceptado unas veces porque así es en realidad y otras por trastornos de la propia personalidad del niño que impiden establecer el diálogo afectivo.

Sin duda que existen otras muchas situaciones además de las expuestas productoras de carencias afectivas que pueden dificultar el desarrollo psicoafectivo e intelectual de nuestros niños.

APART. III. FACTOR PSICOGENICO

M. Klein opina que las tendencias al saber o pulsiones epistemofílicas son susceptibles de sufrir una regresión, cuya evolución será diferente dependiendo de la modalidad de los conflictos básicos que el niño presente y el momento en que se den. En el caso de existir esta regresión y de que no fuera seguida de una evolución favorable nos hallaríamos ante una situación de inhibición intelectual. En todo síndrome de inhibición intelectual intervienen según M. Klein mecanismos de defensa contra la angustia que causarían trastornos en el proceso de simbolización, lo cual supondría dificultar un normal desarrollo intelectual.

Dentro de los factores psicogénicos podemos incluir todas aquellas dificultades del aprendizaje que tienen por base un bloqueo emocional.

Este bloqueo emocional es una respuesta a factores ambientales muy va-

riados algunos ya tratados en este trabajo y que traducen una dificultad adaptativa del niño al medio, sea porque este medio es insalubre psicológicamente hablando, sea por pobreza de recursos defensivos y adaptativos del propio niño a las exigencias del medio.

APART. IV. TRASTORNOS ESPECIFICOS

Queremos referirnos en este apartado a la dificultad en la adquisición de determinadas funciones psicológicas muy ligadas a los procesos del aprendizaje, hasta el punto de condicionarlo en muchos aspectos. Trastornos en la percepción visual y auditiva, memoria visual y auditiva, estructuración del espacio, tiempo y ritmo, fondo y figura, coordinación ojo-mano que se nos ocurren ahora como más importante, sin menoscavo de otros que puedan existir, puesto que en este trabajo no se trata de hacer un estudio exhaustivo de los mismos, sino de su papel dentro del síndrome de la pseudodebilidad mental.

Estos trastornos cuando tienen un inicio precoz y son masivos pueden ocasionar cambios equivalentes a los causados por síndromes lesionales. Cuando su inicio es más tardío podrán producir desorganizaciones sectoriales.

Nos parece adecuado incluir en este apartado la llamada disarmonia evolutiva estudiada entre otros autores por P. Male, S. Lebovici y R. Diatkine y denominada también "desequilibrio entre líneas de desarrollo". Se trata de un desfase de una entidad parcial (motricidad, lenguaje, organización cognoscitiva) que supera, o está retrasada respecto a los demás y en función de su repercusión en los demás sistemas y en su forma de aprehender la realidad puede ocasionar perturbaciones en los aprendizajes y en el desarrollo de la misma personalidad.

mos dudar. Otro aspecto haría referencia al lenguaje; por muy adaptado que esté éste niño, su lenguaje nunca alcanzará el nivel del de los niños del país adoptivo. Entre otras causas debido a que el lenguaje familiar es distinto y además el nivel socio-cultural del emigrante suele ser bajo. Señalaríamos a favor de éstos estudios, que se han efectuado con lo cuantificable, es decir desde un punto de vista psicométrico, puesto que los aspectos culturales o de pauta cultural, son difícilmente cuantificables, sin embargo, creo que se podía haber hecho referencia a los factores de aprendizaje y adaptación que si no he comprendido mal, no se han mencionado.

Otro aspecto al que quería referirme, es al de los auténticos deficientes mentales, no pseudodébiles. De todos es conocida la debilidad mental por problemas de privación de estímulos a través de generaciones. Entre la población emigrante es muy frecuente éste tipo de deficiencias, que por tanto se tratarían de auténticas deficiencias mentales y no de pseudodebilidad mental.

No me voy a referir a todos los puntos enumerados por la Dra. Júdez y sólo voy a dar mi opinión sobre los aspectos que me han parecido de mayor interés.

Respecto al lugar que ocupan en la patria, diría que la problemática se centra más que en el lugar que ocupa, en la situación que éste niño se encuentra en el contexto del grupo familiar, por ejemplo en función de inhibiciones y/o problemas emocionales dependientes de alteraciones en la dinámica del grupo familiar; éste niño puede aparecer como un pseudodebil en el sentido de rendimiento o de proyección social.

Otra noción a señalar sería la de las disarmonías evolutivas, ya que no es infrecuente ver niños cuyo estadio terminal es ser auténticos débiles mentales

y no pseudodébiles, los cuales con una terapéutica podemos interferir el desarrollo disarmónico, madurativo y modificar la imagen o impresión de pseudodebil que presentaba en el momento evolutivo anterior en que fué estudiado.

Referente a la psicosis, quiero poner de manifiesto que un problema es la psicosis y otro la pseudodebilidad mental, pero de lo que sí es necesario hablar, es de las reacciones de tipo psicótico. Serían niños que en un momento dado de su evolución elaboran un conjunto de síntomas parecido o semejante a los que pueda presentar un psicótico verdadero y éstos pueden ser secundarios a trastornos de la esfera afectiva. No se trataría ni de psicóticos, ni de deficientes y podrían presentarse como pseudodébiles; en éstos niños, la psicometría no tiene valor y únicamente podemos basarnos en una recogida exhaustiva de datos clínicos a través de entrevistas personales con el niño, con lo que podremos elaborar la conclusión de que aquél niño en estudio no es auténticamente un deficiente sinó que presenta otra problemática que no nos permitía ver su auténtica capacidad.

Por último, nos referiremos a los problemas de tipo sensorial que de acuerdo con mi criterio, no debieran ser incluidas en ésta clasificación, ya que son otros procesos. De todas formas, quisiera exponer un caso que vivimos en nuestro departamento de la Clínica Infantil, de un niño de 8 años que había sido visitado por diversos facultativos que no habían elaborado un diagnóstico definitivo, pero cuya impresión era de deficiencia mental; el paciente había estructurado un lenguaje en jerga, de tipo ritmo fonético pero era imposible comunicarse con él verbalmente puesto que su lenguaje no era inteligible; el paciente parecía inteligente y a su vez no daba la impresión de ser sordo ya que era difícil pensar que hubieran transcurrido ocho años, sin que nadie

se hubiera percibido de la existencia de un defecto sensorial de este tipo; sin embargo, era un niño afecto de una sordera de gran intensidad el cual en la actualidad con una prótesis y bajo una rehabilitación par sordos, ha aumentado hasta conseguir una capacidad de adaptación al medio escolar normal.

Dra. Júdez

Estoy fundamentalmente de acuerdo con la sugerencia de la Dra. Teixidó. Unicamente quizás, querría señalar que mi objetivo era demostrar que realmente una situación socio-económica, cultural, deficitaria, eran capaces de producir unos déficits intelectuales. Agradezco tu aportación y tan sólo querría señalar el que yo temía que en tu contraponencia me indicaras más el no haber quizá detallado con mayor amplitud las características de nuestra muestra correspondientes a una ciudad industrializada y lo que ello significa en el medio escolar, en cuanto conlleva estados de competición en las familias y en incremento agobiante de los niños exigiéndoles a ser,.... etc., etc. Simplemente he constatado en estas experiencias, que he señalado en estos trabajos porque he querido ceñirme fundamentalmente a unas estadísticas y a unos hechos comprobados. Quizás este estudio es demasiado científico y debería haber sido más vivencial pero he querido señalar las consecuencias de la situación en la que vivimos de una sociedad industrializada, masificada, donde la competición es lo que priva; la enseñanza y la escolarización también masificada que realmente se engendra, gesta pseudodebilidades mentales. Me acuso de no haberlo ampliado más en este pequeño apartado de las consecuencias de una sociedad de inmigración, de masificación y de industrialización y creía que te referirías a este punto.

PSEUDODEBILIDAD MENTAL. EXPLORACION

Dra. Fornell

Cádiz

I.- INTRODUCCION

En este apartado van a surgir dificultades centradas en el sujeto a examinar, en el examinador y en los instrumentos.

Por parte del sujeto son niños que han presentado una conducta desviada de la media en algún aspecto. En ciertos casos, sospechosos de déficit mental. En otros, sospechosos de otros trastornos psicopatológicos.

A las dificultades habituales en la exploración psiquiátrica del niño, se añade en estos casos que la situación de la entrevista, raramente tiene un atractivo previo para el sujeto. En los P.D.M. el nivel de curiosidad es bajo y existen una serie de experiencias previas fallidas que han sido fuente de insatisfacción y que inciden negativamente. La carga afectiva es mucho mayor de lo habitual. Como más adelante veremos, la adaptación a la realidad es imperfecta y el nivel de ansiedad, aunque en algunos casos es bajo, se halla generalmente elevado a expensas de un cierto sentimiento de peligro o amenaza.

Por parte del examinador, la actitud neutra que generalmente se aconseja, puede ser interpretada por el niño como una falta de interés y generar a su vez actitudes negativas, o un "desentono", un no colocarse en situación. Otras veces ven, no una actitud de desinterés sino de hostilidad y esto genera sentimientos agresivos.

La actitud del examinador puede ser de dos maneras:

1. abordaje pasivo
2. abordaje activo de la situación

FUNCIONES COGNITIVAS EN DEPRIVACIONES CULTURALES

1. fallos en la recogida de datos
2. fallos en la elaboración de datos
3. fallos en la comunicación de soluciones
4. factores afectivos y emocionales

1. abordaje pasivo: clásicamente se ha ido a la búsqueda de diagnósticos neurológicos, a los que se ha dado un valor descriptivo permanente y un valor pronóstico que ha influido en la actitud del psiquiatra o psicólogo que tiene frente a él un presunto deficiente mental. La creencia en la invariabilidad del nivel intelectual despreocupaba una vez que había llegado en un primer paso del diagnóstico, al fallo intelectual.

2. Hoy, un abordaje activo se considera que:

- 1.- no hay fallos aislados en la inteligencia
- 2.- es una alteración global de toda la personalidad
- 3.- son diagnósticos revisables periódicamente en función de múltiples variantes
- 4.- requieren un estudio pluridisciplinario

Así los propósitos del estudio de un P.D.M. son conocer su funcionamiento a nivel global y sus potencialidades y planificar una orientación.

A) RECOGIDA DE DATOS

1. percepción imprecisa
2. conducta exploratoria asistemática e impulsiva
3. fallos en comprensión verbal
4. fallos de orientación espacial
5. deficiencias en conceptos temporales
6. fallos en la conservación de constantes
7. falta de necesidad de exactitud y precisión

8. imposibilidad para considerar dos o más fuentes de información

II.- VALORACION CLINICA

Aunque ya hemos indicado que el fallo a nivel intelectual no se puede considerar aisladamente, es cierto, sin embargo, que es el que centra el problema de la P.D.M.

En este sentido hay una serie de estudios de autores israelitas que, a partir de 1968 han estudiado el problema de la P.D.M. y que consideran que el fallo en las tareas cognitivas puede encontrarse en uno de éstos niveles, al enfrentarse con un problema concreto a resolver.

- A.- nivel de recogida de datos
- B.- nivel de manipulación de datos
- C.- elaboración de respuestas
- D.- factores afectivos
- E.- a nivel de recogida de datos hay un fallo en la calidad y cantidad de datos recogidos inicialmente para llegar a la solución de un problema dado, o para poder apreciar su existencia, que se recoge y que sería:
 - 1.- percepción poco precisa y rápida
 - 2.- conducta exploratoria impulsiva, no planificada, asistemática y accidental. La captación de los indicios es desorganizada, no selectiva. No diferencian lo fundamental de lo accesorio. La exploración manual p.e. de los objetos se suele limitar a colocarlos en la palma de la mano y tocarlos parcialmente más que a una palmación digital a conciencia. La causa de su falta de habilidad para iniciar sus estrategias de investigación, su reconocimiento de figuras, es altamente incorrecto. Si existen instrucciones escritas, que describen una sucesión lógica de acontecimientos, se captan parcialmente y comienzan la investigación eligiendo al azar incluso antes de tener delimitado el problema.

B) ELABORACION DE DATOS

- 1.- inadecuada percepción de los problemas
- 2.- incapacidad para seleccionar los indicios importantes
- 3.- fallos de la conducta comparativa espontánea
- 4.- estrechamiento del campo psíquico
- 5.- captación episódica de la realidad
- 6.- no necesidad de evidencias lógicas
- 7.- fallos de interiorización
- 8.- dificultad para elaborar inferencias o hipótesis
- 9.- incapacidad para trabajar en la comprobación de hipótesis
- 10.- incapacidad para definir las tareas previas a la solución de un problema
- 11.- conductas planificadas lacunares
- 12.- fallos del inventario verbal a nivel expresivo

La conducta impulsiva no es el resultado de una incapacidad para centrar la atención, aunque estos dos fenómenos pueden incidir, sinó más bien el producto de un entrenamiento inadecuado que refleja una pobre definición del problema y un propósito orientador defectuoso, que a su vez es desorganizador.

- 3.- Fallos de la comprensión verbal. Se refiere a una inadecuada decodificación de los mensajes a causa de un pobre equipamiento verbal. Los objetos, situaciones y acontecimientos no son adecuadamente etiquetados.
- 4.- Fallos en la orientación espacial: originan sistemas de referencia defectuosos. Esto se ha demostrado repetidas veces. Conceptos como arriba-abajo, detrás-delante, derecha-izquierda, pueden ser conocidos a nivel receptivo pero no tienen hecha una abstracción sobre ellos y los utilizan para la valoración de hechos ni discriminación de diferencias. Generalmente, se ayudan en este aspecto de movimientos, posiciones, y gestos de su propio cuerpo y

son consecuencia de vivir en un medio que no requirió respuestas complejas en esta esfera.

- 5.- Fallos en la conservación de constantes: la percepción y conservación de relaciones de tamaño, forma, cantidad, cuando varía uno de estos factores es alterado.
- 6.- Falta de necesidad para la exactitud y precisión: es el resultado de una interacción con el ambiente y refleja una actitud vital que considera estas condiciones como superfluas y antieconómicas.
- 7.- Finalmente la imposibilidad para considerar dos o más fuentes de información hace que la recogida de datos sea fragmentaria y no organizada.

B) Fallos en la elaboración de datos

Aunque no se hubiesen dado deficiencias en la recogida de datos el trabajo y la elaboración de estos, es defectuoso e incompleto en estos niños, a causa de que hay:

- 1.- inadecuada percepción de los problemas: no son capaces de elegir, entre los indicios recogidos, los significativos. No aprecian las incongruencias, ni establecen relaciones en los datos almacenados. No tienen necesidad de evidencias lógicas y todo ello viene influido por su pobre equipamiento verbal. Como en los apartados anteriores, estos defectos reflejan una actitud vital carente de necesidades culturales y pobre en experiencias previas.

C) COMUNICACION DE SOLUCIONES

- 1.- modalidades de comunicación egocéntricas
- 2.- dificultades en la proyección virtual de relaciones
- 3.- bloqueos
- 4.- respuestas ensayo-error
- 5.- fallo en la expresión verbal de las respuestas

- 6.- escasa necesidad de precisión en la comunicación de respuestas
- 7.- fallos en el transporte de imágenes
- 8.- conductas impulsivas

Su pobreza verbal hace que no comprendan indicaciones básicas. Su captación de la realidad es episódica. Muestran una conducta comparativa, espontánea y pobre y todo ello es un reflejo de un estilo de vida que no necesita agrupar, relacionar y organizar hechos.

C) Fallos de la comunicación de soluciones: cuando llegan a elaborar una respuesta, hay fallos en la comunicación de soluciones, en:

- 1.- modalidad de comunicación "egocéntrica" en el sentido de que perciben a sus interlocutores de forma no transaccional, sin diferenciar claramente entre sí mismo y el otro. No sienten la necesidad de explicar de una forma clara como piensan, porque consideran que el otro piensa como ellos y no necesita una explicación exacta.
- 2.— son capaces de comprender las interrelaciones pero no pueden proyectarlas, sino de forma concreta
- 3.— se bloquean con gran facilidad
- 4.— dan respuestas por el método de ensayo-error
- 5.— como en los apartados anteriores hay un fallo en la expresión verbal de las respuestas
- 6.— y una escasa capacidad de precisión de su formulación
- 7.— al transportar imágenes fallan por ejemplo, al completar figuras, comparar formas
- 8.— como en los apartados anteriores actúan impulsivamente

D) Factores afectivos y motivacionales: por último, aunque todas estas funciones (recogida de datos, elaboración de ellos, traducción de respuestas), haya sido correcta, factores afectivos hacen

que se combinen de forma inadecuada. En efecto, según Deutsch (1964) es característico en las deprivaciones culturales el temor ante los extraños, la falta de confianza en sí mismo, la escasa competitividad, las conductas desviadas de la media. La combinación entre su propia realidad y el displacer de la situación hace que sus actitudes sean aún más negativas.

Conocidos estos hechos siguiendo el esquema de exploración de Simons, nos explicaremos como en una primera entrevista pueden mostrar un nivel grande de ansiedad, aparecen temerosos e inhibidos, generalmente bloqueados con fallos en la orientación espacial, con escaso dominio motor.

Sus verbalizaciones, a menudo hechas en tono bajo, son pobres a todos los niveles; sus fantasías aunque pueden ser ricas, son generalmente elementales y compensatorias.

Sus mecanismos de defensa son primitivos y poco elaborados.

Tienen un pobre concepto de sí mismos, no establecen relaciones profundas con los demás y si lo hacen su comunicación es a menudo incompleta. Son poco espontáneos y a menudo es contraproducente tratar de forzar la entrevista a nivel verbal.

D) FACTORES AFECTIVOS

- 1.- falta de confianza en sí mismo
- 2.- baja competitividad
- 3.- irritabilidad
- 4.- conducta desviada de la media
- 5.- actitudes negativas frente a la situación de prueba.

Con ellos es necesario un abordaje suave y paciente, tendiente a rebajar los niveles de ansiedad. A menudo es necesario acortar la entrevista y conceder un tiempo antes de efectuar las siguientes. Es necesario que las personas que les entrevisten sean capaces de

comprender sus dificultades, ponerse en el lugar de los niños y controlar su propia hostilidad hacia ellos.

Según Chaslin, son crédulos, sugestivos e infantiles.

Con cierta frecuencia se muestran defensivos y negativistas y aunque sean niños mayores se pueden entregar a actividades infantiles como una forma de evasión. Carecen de curiosidad, su atención es dispersa y sus juicios son pueriles. Generalmente, impresionan como de bajo nivel intelectual y esto hace necesaria su valoración mediante tests psicométricos.

No hace falta recalcar aquí las críticas hechas al CI y a los tests. Es antigua la búsqueda de tests libres de influencias culturales primero y tests neutros frente a la influencia del ambiente, después.

Los tests han sido muchas veces cómplices de la perpetuación del déficit mental. Cuando un niño obtiene puntuaciones bajas en un test no hace sino refrendar con cifras algo que ya se sabía porque este niño había sido enviado para estudio por algún desajuste. El problema es que la causa de los desajustes vitales puede crear los fallos en los tests.

En función de los resultados se les enviaba a centros especializados donde los niveles de espectación eran bajos y los profesores pesimistas dado el CI de sus alumnos. Este pesimismo se retroalimenta, tiene un efecto negativo y crea un sentido de futilidad que al comunicarse al niño, perpetúa la actitud de déficit.

Recordando los datos expuestos en las diapositivas anteriores, veremos el papel que juegan la mayoría de los tests en la valoración de los pseudodeficientes. Así los niños PDM dan puntuaciones medias entre 55 y 70 con frecuencia. Cierta número de estudios (Charles 1967) (citado por C. Mas) recogen el hecho de que una amplia proporción de

personas que fueron diagnosticados de retardados mentales durante sus años de escolaridad y desarrollan diagnóstico de escolaridad y desarrollan posteriormente, vida independiente. Charles (1967), localizó 127 personas que fueron diagnosticadas de retrasados mentales, 20 años después de que hubiesen asistido a clases para retardados mentales en una ciudad del medio-oeste de USA. El 80% de estos sujetos, estaban empleados en la forma habitual, un 10% muy bien adaptados y un 5% tenía un cociente intelectual superior a la media. Estaban mal testificados? Sus pruebas estaban presumiblemente bien aplicadas, pero ellos habían cometido fallos que posteriormente recuperaron. Así en el test de Terman-Merrill, los PDM pueden fallar en las pruebas verbales (vocabulario), obedecen órdenes, semejanzas y diferencian conocimientos.

EXPLORACION (Simons)

- 1.— aspecto
- 2.— humor o sentimientos
- 3.— orientación y percepción
- 4.— mecanismos de defensa
- 5.— integración neuromuscular
- 6.— procesos de pensamiento y verbalización
- 7.— fantasías
- 8.— superyo
- 9.— conceptos de sí mismo
- 10.— conciencia de problemas
- 11.— nivel intelectual

Parece que estos fallos podrían observarse en el Raven, que parecía un test libre de influencias culturales. No obstante, cualquiera que tenga experiencia en la aplicación del Raven, conocerá que da puntuaciones bajas en niños y adultos de medio rural, y comprenderá que fallan porque actúan de forma impulsiva, tienen fallos en las comprensiones de relaciones especiales y en transporte de imágenes.

Estos mismos fallos pueden influir en un test como la escala de Alexander que en principio se considera orientadora sobre la capacidad para aprender con enseñanzas de tipo concreto. En el WISC (ZIMMERMAN), estos factores influyen tanto en la escala verbal como en la manipulativa. Así, fallan en las pruebas de comprensión (que además en muchos casos están espaciadas de forma que ponen en juego factores afectivos aquí alterados y que a menudo no son descalificados adecuadamente a nivel verbal, ni sus respuestas son expresadas adecuadamente por fallos de recodificación). En la parcela de información obtienen puntuaciones bajas los niños provenientes de ambientes culturalmente pobres y en niños con vivencias de fracaso. Las pruebas de aritmética son en su conjunto muy influenciadas por los niveles de ansiedad y las de vocabulario son pobres en los niños que han tenido falta de estimulación verbal. Las respuestas pueden incluir contestaciones incongruentes, perseverantes con contaminaciones auditivas, claramente indicadoras de perturbación emocional.

En las pruebas manipulativas, en las historietas, la clave de éxito está en la riqueza de experiencias típicas vividas o aprendidas en libros, películas, TV, etc. Influyen ideas de castigo y moralidad, fallos en la orientación espacial y en la capacidad de planificación. Así como fallos en la organización visual de la realidad, la impulsividad y la ansiedad.

Las pruebas de cubos fallan cuando hay problemas perceptivos y espaciales y cuando hay tendencia a la compulsión y el fracaso por fallos emocionales.

Estos factores influyen igualmente en las pruebas de rompecabezas.

En la prueba de claves, influye la capacidad de transporte de imágenes y la adaptación social.

*X*X* En resumen, en el WISC habrá fallos en comprensión, información y aritmética (PV) y en las historietas, rompecabezas, cubos y claves (P.M.).

En otros tests utilizados, por ejemplo:

*X*X* Rey: habrá fallos a nivel de planificación que a menudo será inmadura y de la comprensión de relaciones fallarán por falta de necesidad de exactitud y habrá fallos en la producción de memoria.

*X*X* En el Bender, aunque es un test indicador de la función grafomotora (según la propia Bender), está íntimamente relacionado con la capacidad de lenguaje y claramente ligado a funciones con percepción visual, habilidad motora, conceptos tem-poro-espaciales, capacidad de organización y representación en el espacio. Koppitz indica que algunos niños que fallaron en otros tests por factores varios, obtuvieron buenas puntuaciones en el Bender.

Sin embargo, indica que algunos niños que fallaron en otros tests por factores sociales desempeñan bien en el Bender que indicaba así su potencial real de aprendizaje.

Rorschach (tomando un párrafo de Kolher) trabajos 1968 en EE.UU., ha demostrado qué factores afectivos pueden influir en el potencial intelectual y llevar a la constitución de cuadros clínicamente asimilables a la debilidad mental, con la que con frecuencia se han confundido. La discusión se ha centrado en el valor diagnóstico de otros instrumentos distintos de los tests de nivel. Cita a Saranson que dice que "en el curso de los últimos años se ha pasado

el Rorschach como base para el diagnóstico de la PDM". Cuando se comprueban diferencias entre el Terman y el Raven este último indica aptitudes intelectivas superiores y ha sido interpretado como una muestra de los factores afectivos interfieren la utilización máxima de las potencias intelectuales.

EXPLORACION CLINICA

funciones de relación
funciones de integración
nivel intelectual
funciones cognitivas
funciones afectivas
funciones conativas

A nivel práctico en los PDM se hallarán en el Rorschach (Bohm) shock al color, con frecuencia shock al gris, % de F 60 y con frecuencia 80 y algunos fallos lacunares. Podrán encontrarse indicadores de inhibición neurótica o inhibición depresiva.

Se verá influido por fallos perceptivos y captación episódica de la realidad.

3.- Vemos como las características de las funciones cognitivas en los PDM sigan los resultados de los tests.

Esto ha hecho que distintos grupos de trabajo, aborden la problemática de qué hay que valorar si el estado actual o la potencialidad real del sujeto.

Sẽ ha llegado así a la elaboración del concepto de potenciales de aprendizaje a partir de conceptos de Piaget y Rey. Los grupos de Nashville (Call 1972), Cambridge (Burdoff, 1973) e Israel, han coincidido en que han dado un individuo con un nivel de funcionamiento conjuntado sometiéndolo a un entrenamiento con tareas específicas y reencaminándole, los resultados indicarán la capacidad de esta persona para el aprendizaje.

Especialmente estos trabajos se han llevado a cabo en Israel, que se encontraba en la necesidad de valores y orientar gran cantidad de niños procedentes de países pobres y con serios problemas afectivos. Han elaborado una materia de pruebas que les permite valorar a los niños y que suponen fundamentalmente abordaje dinámico que intenta medir la capacidad del individuo para cambiar bajo condiciones específicas. Se emplean test-aprendizaje para medir la capacidad de utilizar principios, habilidad, estrategias y actitudes recientemente adquiridas.

La diapositiva ilustra el modelo sobre el cual se ha construido el plan de valoración del potencial de aprendizaje (LPDA).

La parte central representa una tarea a resolver, implicando un tipo particular de operaciones cognitivas.

Su solución supone la comprensión de este tipo de operaciones cognitivas y de una serie de factores tales como una motivación y una actitud adecuada.

Se les entrena para resolver el problema inicial y a partir de aquí, se les presentan una serie de tareas que representan modificaciones más complicadas de la tarea iniciada que simulan una gran extensión de los requerimientos adaptativos que a menudo se plantean a un organismo en desarrollo de la vida real. En la dimensión horizontal las tareas son cada vez más complicadas y ello es indicio de la modificatividad del individuo en aspectos concretos. Las operaciones mentales tales como identificación, clasificación, reacciones y permutaciones de datos.

La batería inicial comprende 1) el test de matrices de progresión (color) series B-8, B-12 (170).

A) test de organización de puntos de Rey: una forma determinada debe ser localizada en una nube amorfa de puntos.

emocional estructurada que nos llevaría ya a un diagnóstico nosológico.

La disarmonía evolutiva es otro aspecto a descartar y que se sitúa en la zona media entre la perturbación de la afectividad y las alteraciones aptitudinales específicas o perturbaciones secundarias a déficit parcial de maduración y cuya alteración más frecuente afecta el área madurativa perceptivo-práctica. Pero esta valoración, creo debe ser cautelosa puesto que la maduración perceptivo-práctica pertenece a las funciones más altas y más elaboradas del sistema nervioso central; por lo tanto constituyen las capacidades más sensibles frente a cualquier situación de privación afectiva y perturbaciones leves incluso de la afectividad, pueden producir secundariamente alteración madurativa en esta área; nuestros instrumentos de exploración siguen siendo poco sutiles y excesivamente dogmáticos, incluidos estos que la Dra. Fornell nos ha expuesto, del grupo de investigación israelita, los cuales no dejan de caer como otros investigadores en los mismos inconvenientes.

Los déficits sensoriales, no evidentemente la ceguera o la sordera, sino aquellos déficits ligeros que facilitan la perturbación madurativa y disminuyen la capacidad de aprendizaje, nos parecen muy importantes a valorar puesto que una hipoacusia o perturbaciones en la discriminación auditiva, o perturbaciones en la agudeza visual con necesidad de acomodación o de esfuerzo constante por parte del niño, distorsiona de forma evidente su estar en el mundo y su forma de elaboración dialéctica dinámico-afectiva con el entorno.

Dra. Fornell:

Referente a lo señalado por el Dr. Tomás sobre la responsabilidad exploratoria, creo que en cualquier situación en que yo esté explorando a un individuo tengo una responsabilidad tan grande que incluso obliga a efectuar mecanismos de compensación para desangustarse y actuar a nivel de eficacia y frente a estos casos, todavía más. Estoy totalmente de acuerdo en que en los casos de la pseudodebilidad mental podemos perpetuar el déficit si el diagnóstico es incorrecto.

De acuerdo también en que la valoración clínica es fundamental. He querido referirme en principio, a una valoración clínica y luego con apoyo a ésta, a la valoración a través de pruebas de test y me parece muy oportuno lo que ha señalado de valorar el aspecto de comunicación; entendiéndolo como comunicación aunque respecto a la validez de activa o pasiva, disiento. Creo que si tenemos una serie de conceptos esquematizados de que frente a la pseudodebilidad o al deficiente mental no hay nada que hacer, entonces tu visión del problema está teñida de pesimismo y que luego influirá en la familia y en toda la orientación terapéutica en general, mientras que si consideras que los problemas son modificables, sin duda permite abordar una serie de medidas que incluso en el supuesto de una deficiencia mental, tendrán una mayor eficacia terapéutica.

Dr. Tomás:

No me refería al hablar de actitud pasiva o activa de la comunicación a la actividad de presunción pronóstica evolutiva del explorador, sino a la actitud del niño y a la forma de establecer la comunicación en la entrevista con el explorador.

Dra. Fornell:

Bien. De hecho, quizás señalar que el abordaje activo considera que los diagnósticos son revisables periódicamente y que esto me parece fundamental.

En un breve esquema que hice del trabajo inicialmente, planteé el exponer una entrevista estructurada y otra no estructurada; luego lo modifiqué por parecerme poco eficaz. Creo como muy positivo lo que ha señalado respecto a las discordancias en la aplicación de las pruebas de test y creo que es lo que realmente te coloca sobre la pista de encontrar una serie de datos que son coherentes para ir elaborando un diagnóstico progresivamente. Así por ejemplo, recuerdo el caso concreto de la exploración de un niño que estaba fracasando en pruebas de verbalización y de pronto, siendo un presunto débil mental al preguntarle que quería ser, me contestó que quería ser otorrinolaringólogo. Creo que un niño que expresa que quiere ser otorrinolaringólogo no puede ser en principio un débil mental. Datos así muestran que hay algo que no corresponde a lo que realmente estás viendo y que a lo largo de la exploración estás cometiendo los mismos errores que el padre o el maestro; por ello nos parece que lo que se ha señalado de las discrepancias y discordancias, es altamente importante. Otro aspecto, es asistir a la aplicación del test. Muchas veces, eso no se encuentra a nuestro alcance si no trabajas en equipo. Hay psicólogos de actitud abierta, a los que no importa que presencias la prueba; pero hay otros que quieren trabajar solos con el niño y an un simple y escueto informe. Me parece fundamental lo que el Dr. Tomás ha señalado, de ver el trabajo de aplicación del test, como se establece la relación a lo largo del mismo.

También estoy de acuerdo con el Dr. Tomás en la noción de pseudodebilidad mental "debida a". Si una pseudodebilidad mental es "debida a" ya no lo es, sino que simplemente es otra estructura que se traduce en motivo de consulta por pseudodebilidad.

Referente a la historia, me he referido poco a ella porque ya daba por hecho que es función del esquema médico ésta ya se había efectuado. Sin embargo creo que hemos pasado una época en que valoraremos muchísimo lo anterior y que ahora estamos en un momento en que se valora mucho o al menos yo intento hacerlo, lo que tengo delante de la vista y creo que todo lo anterior, puede darme una visión falsa del problema. En cambio, lo que tengo delante, lo que tengo que explorar y ver, es más objetivable; por supuesto estoy de acuerdo en que es importantísima la valoración de la historia. Al mismo tiempo que en otro esquema, había también señalado la necesidad de la exploración somática, neurológica, sensorial e instrumental y que no me referí a ellas porque consideré que era plantear todo una serie de diagnósticos que hubieran sido demasiados farragosos.

Respecto a la elaboración de la motivación en el niño y a la actitud de la madre, lo considero también en este tipo de casos, fundamentales y no tan solo de la madre sino de todas aquellas figuras que han actuado en la primera edad evolutiva del niño, que también son muy importantes. Por ello yo insistí en el apartado de la asistencia social que creo debería ir a la casa del niño y ver como se mueve éste en su ambiente y como reacciona la madre ya que una cosa es la madre que asiste a la consulta y otra cosa es ver a la madre en la convivencia de su casa, en el proceso relacional con el marido, o poder valorar el medio social en que vive o de donde proviene.

171 son varones y 117 niñas, o sea, un 59% de varones contra 41 de niñas.

Priman con mucho, los problemas de lenguaje, que aparecen prácticamente en el 96 de esos retrasos, y que constituyen el síntoma prevalente o exclusivo en un 49%. La fantasía o la duda que provoca un niño que no habla o que habla mal, es la de si es un retrasado mental, o el temor de que lo llegue a ser. Sin embargo, sólo 16 casos presentaban una inteligencia deficiente, disminuída o límite, además de 8 casos en los que se daba además, un retraso escolar. El retraso madurativo del lenguaje se asocia con gran frecuencia a una personalidad infantil para la edad del niño, con importantes tendencias regresivas y opositoristas y con un rechazo muy activo del niño hacia la autonomía, que se ve a menudo, favorecido por actitudes claramente inductoras de los padres, los cuales emplean un lenguaje infantilizado con sus hijos, "porque nos hace gracia", lo que señala un gusto regresivo de los propios padres, de modo que el lenguaje está muy erotizado pregenitalmente), o bien, por actitudes contradictorias de los padres, que quieren que el niño, hable bien, pero no le dejan autonomía en otros aspectos; y, sobre todo, por un escaso investimento lúdico y relacional del lenguaje entre madre-hijo: madres depresivas, insatisfechas en casa, introvertidas en sus fantasías compensatorias silenciosas, con escasa interacción con su hijo pequeño, y dado que a estas edades (entre 1 y 4 años) muchos niños no tiene otro ámbito de relación que su casa, el niño no posee otras fuentes de estímulos; a veces, hermanos mayores no conflictivos para el niño, pueden dar al pequeño los estímulos que no recibe de la madre; pero otras veces, el conflicto con los hermanos no permite una identificación fraterna. Un bien, con gran frecuencia, el nacimiento de un hermano más peque-

ño, en niños predispuestos, les incita hacia la regresión, con una re-progresión posteriormente paralelamente a la del hermano pequeño traumático.

Como padecemos una lamentable lista de espera, a veces sucede, que muchos de esos niños al llegar a la consulta ya han evolucionado espontáneamente, lo cual en términos, muy genéricos, no quiere decir que se hayan "curado". Por ello, entonces, indagamos las posibles causas de ese retraso madurativo, causas psicológicas y familiares y tratamos de imaginar cuales pueden ser las futuras dificultades de ese niño. Y sobre todo, decidimos seguir el hilo del niño y no dar el caso por clausurado ni muchomenos.

Aconsejamos la escolaridad del jardín de infancia cuando creemos que el niño necesita salir de su ambiente cerrado familiar, el psicólogo de nuestro servicio se pone en contacto con las educadoras del niño en el jardín de infancia. Tratamos también una orientación de la familia, (hermanos incluídos) para estimular la comunicación verbal, y la expresión en general e intentamos mostrar y sensibilizar a los padres sobre las necesidades comunicativas del niño, estar atentos a ellas y prestarles atención.

En cuanto a los niños de dificultades o de retraso escolar, de una muestra de 665 niños, 472 poseen una inteligencia normal (el 71%).

Pero de esos niños con inteligencia normal, detectamos 87 con un tipo u otro de dificultades escolares en los rendimientos, es decir, el 18% de los niños con inteligencia normal. De esos 87 niños, 68 son varones y 19 niñas, es decir, un 78% de chicos contra un 22% de chicas.

De esos 87 casos, hallamos 16 con importantes dificultades o fracasos escolares (12 chicos y 4 niñas, o sea, un 75% de niños varones). En la muestra general consultada, los chicos varones

están representados en un 61% con respecto a las niñas, lo cual nos señala que, de todos modos, además de que, en general, vemos en nuestra consulta más chicos que chicas, aún sobre eso, nos llegan más varones aún con problemas escolares que niñas.

Los retrasos a fracasos escolares con inteligencia normal, constituyen los casos más demostrativos de pseudodebilidad mental o, para llamarlo con un término más comprometido psicodinámicamente, de inhibición intelectual. Hay sin embargo, muchos otros casos, como son, por ejemplo, los niños con inteligencia "límite", pero, sobre todo, aquellos que presentan una inteligencia discordante o disarmónica, con desfase entre las escalas verbal y manipulativa del WISC, en detrimento manifiesto de uno de ellas, lo que comprobamos en 17 casos, de los que fueron testados.

En tales casos, el enfoque incluye más factores diversos, constitucionales y adquiridos, que afectan al desarrollo de la inteligencia en su misma génesis y lo disminuyen, aún cuando la potencialidad se supone normal, o cuando ciertas áreas de la inteligencia están indemnes e incluso supradesarrolladas. Habría pues, que distinguir dos síndromes diferentes: A) La PDM determinada por la inhibición intelectual, que es un cuadro masivamente emocional, de importante conflictividad psíquica de la personalidad; y B) la PDM que es manifestación de una disarmonía evolutiva, de una discordancia del desarrollo intelectual a causa de interferencias o de minusvalías en su génesis y desarrollo, en la que, por supuesto, pueden intervenir, y de hecho así suceden factores emocionales, pero nó en la misma forma masiva y única que en la inhibición intelectual, y que a su vez, pueden dar lugar posteriormente a fijaciones neuróticas o neurotizaciones.

El caso más flagrante de este tipo de PDM serían ciertos tipos de autismo

o de psicosis de evolución deficitaria, y también de las dislexias graves.

A muy "grosso modo", hemos hallado en nuestra consulta los siguientes factores motivacionales de PDM:

1) Falta de estímulos culturales por parte del medio, ausencia o pobreza de investimento de las funciones intelectuales. Dicho de otra manera, ¿para qué va a estudiar el hijo de un peón de albañil que además sabe que va a ser también peón de albañil más o menos?. A esto se añade la imposibilidad de acudir, por parte del niño, a una identificación intelectual con una persona adulta significativa (padres, familiar, o el maestro, y con éste no es posible tampoco a pesar de ser una figura eminentemente intelectual porque el niño está muy alejado afectivamente de él, ya que para identificarse positivamente a alguien, ha de ser a través de una relación afectiva buena.

Precisamente, la reeducación o la pedagogía especializada, engancha en el niño a través de facilitarle un acceso de identificación al "saber" del pedagogo por identificación al pedagogo mismo, como persona próxima y afectiva.

2) Dentro del contexto de la castración psicológica del hijo, hay un aspecto que nos importa en este capítulo, que es el de la castración intelectual. Es el "tú eres muy pequeño para saber eso", "pero es que tú vas a saber más que tu padre o que tu madre?" cuya formación reactiva o actitud de compensación o sublimación puede traducirse a nivel del consciente en un deseo de dar al hijo lo que uno no tuvo, y en casos más neuróticos, que el hijo sea lo que el padre o la madre no pudieron ser, proyectando así un ideal del Yo en el hijo que puede ser, en los casos positivos, estructurante y en el aspecto negativo, agobiante y aniquilante de los propios deseos del niño.

Los padres primitivos, desvalorizan el conocimiento intelectual del hijo di-

lar, poco investimento del aprendizaje, dificultades escolares...) La experiencia lleva a los reeducadores y pedagogos especializados a no confrontar al niño desde el principio con las áreas rechazadas o donde tienen aparentemente mayores dificultades.

No se buscan técnicas concretas y ejercicios superficiales: por ejemplo, de entrada no se hacen ejercicios de lectura si el niño tiene problemas con la lectura. Pensamos que las dificultades son más globales y de base e implican la personalidad total del niño.

Apuntamos al objetivo motivacional. E investigamos el ritmo básico madurativo del niño, con sus posibilidades individuales actuales y con sus mecanismos compensatorios si existen o si los empleó en algún momento y fracasaron o no tuvieron continuidad. No es esta táctica una trampa para endulzar la píldora al niño, de engañarle o engatusarlo al principio para mejor atraparlo después. Sinó una actitud de convencimiento, en el sentido de que tales niños necesitan de entrada un buen contacto, una buena relación restablecer con el pedagogo el vínculo perdido con el padre-madre-detentores del saber y permitidores de la curiosidad. En psicoterapia, muchos niños dicen "Sólo responderé a tu pregunta si tú, antes respondes a la mía", poniendo así en cuestión la neutralidad del terapeuta.

Pero esa actitud es significativa de que al niño se le ha negado antes muchas veces la curiosidad, no se le ha respondido a sus cuestiones básicas o se les ha escamoteado el compromiso que significa dar una respuesta difícil a un hijo, incluso no dando ninguna, pero respondiendo "no sé responderte o no puedo responderte", sinó sencillamente no haciéndole caso o mandándole callar. El pedagogo no interpreta, ni tiene porqué interpretar, pero sí, ha de conocer los problemas de su alumno, incluso los conflictos básicos, para adoptar la

actitud emocional y pedagógica correctiva adecuada.

En este sentido, no realiza una psicoterapia interpretativa, pero sí, permite al niño una experiencia emocional correctiva y realizar nuevas identificaciones. El reeducador tendrá que encajar con gran paciencia una actitud de reto del niño, una especie de puesta a prueba en forma de aburrimiento del chico, de falta de interés, de suspensos repetidos (lo cual hace sentir al reeducador muy incómodo de cara a los padres del niño que tienen de él, a pesar de todas las explicaciones que se les den, la idea de que se trata de un profesor particular, de modo que las notas escolares niño se convierten en las notas, también del "profesor", con lo cual el profesor se convierte a su vez en un hijo de los padres del niño que trata).

En los casos, en que la PDM sea la expresión de disarmonías intelectuales, de trastornos instrumentales... tampoco aquí se va directamente al área deficitaria sino a las coordinadas instrumentales básicas, entre las cuales destacamos el esquema corporal (la vivencia corporal, a través de expresión corporal, psicomotricidad creativa, relajación...), orientación espacial y temporal..., es decir, un programa que implica al cuerpo en su relación placentera y funcional con el cuerpo del otro, un cuerpo expresivo y comprendido, en vez de un cuerpo atezado y perdido y sin significación. Para un niño con problemas de cálculo, antes de saber cuatro más cinco, está la noción de mucho y poco, y antes aún que esta noción, está la de "tengo, no tengo" o "tengo más o menos que el otro", y, en fin, "me quieren-no me quieren".

Si no se entiende así la llamada reeducación, se convierte en otra clase alienante y penosa para el niño, que muchas veces se aprende los trucos de la reeducación, como quien se pone

una prótesis, algo extraño al yo, muchas veces con el objetivo de acabar cuanto antes e irse.

4) Con esto, llegamos al tratamiento psicoterápico o psicoanalítico de las PDM. Con otros autores, creemos que el psicodrama psicoanalítico es de gran utilidad para los niños con gran inhibición intelectual.

La PDM plantea contra la psicoterapia, el mismo mecanismo que contra el aprendizaje: la falta de comprensión intelectual, la oposición al conocimiento, la cerrazón acaracterial como una coraza, y entonces toda interpretación o señalamiento va acompañado del "no", que exactamente quiere decir: "no quiere entender". Por eso, el psicodrama permite en la acción una vía que, por no ser primariamente intelectual, de pensar-hablar-razonar, es más espontánea, permeable, abierta... de la que se pueden obtener argumentos interpretativos más convincentes para el niño. De todos modos, pienso que la vía psicoterápica pura no está vedada sistemáticamente, y personalmente empleo (en este síndrome como en general) una combinación de individual-grupo (con psicodrama, pero no exclusivamente psicodrama) que permite al niño y al terapeuta mayores posibilidades combinadas de expresión y de comprensión, y una potenciación del tratamiento individual con el del grupo y viceversa.

Por el interés que tiene para el tratamiento y para la comprensión del método psicoterapéutico-psicoanalítico en el tratamiento de las PDM e inhibición intelectual, yo querría presentaros el **caso de José Miguel B.**, con resultados espectaculares, afortunadamente recogidos periódicamente en evaluaciones de nivel y de personalidad, y que ha seguido un tratamiento analítico y de grupo desde hace unos 4 años aproximadamente.

Dr. Tomás:

Respecto a la exposición sobre la orientación terapéutica del Dr. Cobo estamos completamente de acuerdo. Tan sólo nos parece necesario una vez más, insistir en la noción de que la pseudodebilidad mental es un concepto clínico transitorio. Insisto en la noción de transitoriedad y de que nunca puede aceptarse como etiquetación definitiva. De hecho, no es más que una respuesta a nuestra ignorancia, a nuestra incapacidad para poder llegar en un momento dado a un diagnóstico de mayor precisión y que tan sólo entonces, la evolución y la respuesta frente al tratamiento nos aclarará si se trataba o no de una pseudodebilidad mental o quizás de una auténtica debilidad mental. Creo que es interesante el exponer de una forma breve y pensada psutada todo el planteamiento de la estrategia terapéutica y es quizás cuando nos vemos obligados a recurrir a la etiquetación de un niño como pseudodébil mental donde tiene mayor sentido plantearse la noción de estrategia terapéutica; entendiendo por estrategia terapéutica el conjunto de la actividad normativa indicativa u orientativa, hacia el medio familiar. Al medio familiar, tanto en el sentido de la estimulación, estimulación no comprendida simplemente en su aspecto operativo, sino en un sentido amplio sin caer en el inconveniente de la búsqueda de productividad y eficacia. Sin duda estamos de acuerdo en que pueda existir una estructura psicótica que paso desapercibida, pero también es cierto que en este caso la evolución nos demostrará que el diagnóstico correcto es de estructura psicótica y no de pseudodebilidad mental. Así y todo, esto sería un punto a tener presente y por tanto debe ser previsto en la orientación terapéutica, el facilitar y el insistir en la necesidad de mejorar el contacto desde un punto de vista afec-

diendo el auténtico objetivo de lo que es la propia vida y a mi entender, los planteamientos del Dr. Romacho, obligarían a una nueva mesa redonda formada por los distintos profesionales que atienden al niño en sus distintos aspectos y en donde deberían también intervenir aquellos que planifican la educación. Y entonces poner en evidencia toda esta serie de realidades que vivimos todos cada día, desde nuestra óptica profesional distinta. Puede que entonces pudiéramos enfocar este problema candente que a todos nos preocupa y angustia, ya que al menos desde la óptica del psiquiatra, te sueles encontrar muy indefenso por falta de estructuras, de medios, de escuelas adecuadas, por programas inadecuados, puesto que el niño muchas veces en el medio escolar no es considerado como una persona, ni tampoco es el objetivo principal, sino que viene sustituido este objetivo por unos planos que se han trazado de forma impersonal que hay que seguir pese a lo que pese, arrasando y machacando aquellas posibilidades que aquel determinado niño tenía, siendo esto origen, no sólo de pseudodebilidad mental, sino también de desestructuraciones de la personalidad que pueden ir más lejos que una simple debilidad mental.

Dr. Teruel:

En relación con las preguntas del Dr. Romacho y respuesta de la Dra. Júdez quiero decir dos cosas: en primer lugar, dado que nuestro servicio pertenece a un departamento de Pediatría (el del Hospital Clínico de Barcelona cuyo director es el Profesor Cruz), podemos afirmar que uno de los factores etiológicos y/o mantenedores de gran parte de patología aparente, o realmente somática, es sin lugar a dudas, la sobrecarga escolar. En segundo lugar, y enlazando con lo primero, que tanto mi

esposa como yo conocedores de la periferia barcelonesa, constituida en su mayoría por familias inmigradas y de niveles económicos y socioculturales inferiores, venimos diciendo desde hace varios años que alrededor del 50% de los niños de estas zonas, no pueden seguir las exigencias de la actual ley de Educación, y no precisamente porque sean deficientes mentales, sino por carecer de los más indispensables medios de información y formación.

Un asistente:

Desearía efectuar una pregunta a la Dra. Fornell, de cómo le plantean, si es que lo plantean, al niño, la situación de diagnóstico antes del diagnóstico.

Dra. Fornell:

Generalmente no se plantea y bajo la fórmula de: quiero hablar contigo..., a ver si podemos saber cuáles son tus problemas..... Al niño con el cual no se puede establecer esta verbalización, se establece una relación de juego. En general, si al niño no parece preocuparle, yo no se lo suelo plantear.

Asistente:

Desearía preguntar al Dr. Cobo, si en vuestro centro, el terapeuta que lleva un niño, también es el mismo que interacciona en la familia o que habla con los padres, o bien si son distintas personas, y cual es a tu criterio, la eficacia de hacer una cosa u otra.

Dr. Cobo:

Nosotros actuamos un poco sobre la marcha, según nuestras posibilidades, que están muy entredicho por la enorme demanda; pero en nuestra idea, está el que una persona asuma funda-

mentalmente un caso, ésto no quiere sin embargo decir que ella cargue con la totalidad del caso, ya que por ejemplo si se trata de hacer un estudio de la familia y desplazarse al domicilio para ver cual es el ambiente existente, ésto naturalmente lo suele hacer la asistente social y si se debe hacer unos tests, ésto lo hace el psicólogo.

Dr. Rom:

Mi intervención va a ser muy breve, ya que a mí no me preocupa mucho el problema del pseudodébil, lo que sí me ha preocupado en el problema del débil y lógicamente las pretensiones que siempre me he formulado en los centros donde he tenido una cierta influencia, es que no existiera allí ningún niño que no fuera un débil mental. Y tan sólo era aceptable que de forma transitoria o temporal por no existir estas escuelas, o por ser aquel centro de educación especial un mal menor, se podía aceptar la estancia de un pseudodébil. Yo coincidido plenamente con la opinión de Tomás, en que la noción de pseudodebilidad mental, no existe. Es un concepto que hemos creado, por una falta de rigor conceptual, de rigor nosológico y de rigor psicopatológico, del que todos carecemos. Si fuéramos más exigentes, recurriríamos muy escasamente a este término; no porque un individuo tenga una crisis convulsiva, demos que es un epilóptico; puede ser una crisis anóxica, un cuadro sincopado, tan sólo cuando hay un cuadro clínico y electroencefalográfico diremos que aquél individuo es epiléptico y tenemos muchas posibilidades de error, pero no hablamos entonces de la pseudoepilepsia. Me preguntaría yo entonces, porqué aceptamos introducir el concepto de la pseudodebilidad? Yo creo que es porque no somos capaces, insisto, de exigirnos el rigor que en otros campos y en otras especialidades, se están exigiendo y

querría dejar patente que a mi criterio, tan solo existe los diagnósticos diferenciales que el Dr. Guarné ha expuesto. Es evidente que hay individuos que en un momento determinado de su evolución manifiestan una sintomatología que recuerda en algo al deficiente o al debil mental, pero desearía también abundar en que éste término incorrecto de pseudodebilidad mental, en cierto aspecto se está poniendo de moda en España y creo que debo señalar que en nuestro país nadie antes hablaba de dislexias y quizás ahora somos el país del mundo con más disléxicos. Igual ocurrió con el deficiente mental, que en un momento dado, llegamos a ser los que teníamos más deficientes y de grados más severos. Según como planteemos las cosas nos encontramos pronto, en que una vez más seremos el país del mundo que también tendremos más pseudodébiles. En la sociedad para el estudio científico del retraso mental, después de 8-9 años de reuniones, todavía no hemos llegado a la formulación de un concepto. Rogaría a la Asociación, que lo tuviera en cuenta.

Dr. Teruel:

Estoy de acuerdo con lo que acaba de decir el Dr. Rom, sobre la pseudodebilidad mental; realmente la idea mía, previa la simposio, era justamente ésta: la pseudodebilidad mental, es una cosa "que no es". Por tanto yo desearía que ésta palabra y éste concepto desaparecieran. De la misma manera que deberían desaparecer otros cajones de sastre, como el de la "célebre" lesión o disfunción carebral mínima, que no solo son innecesarios, sino que además deforman la realidad e impiden o dificultan, que el niño pueda beneficiarse de una adecuada terapia o acción psicopedagógica.

Dr. Folch-Camarasa:

Realmente, la charla-diálogo posterior a la exposición de los ponentes, ha aclarado mucho más la exposición de la ponencia. Estoy seguro, que si tuviéramos más tiempo, paciencia, y fuerza física, seguiríamos dialogando, ya que es muy difícil comunicarse: uno no expresa lo que lleva dentro, no te entiende el que te escucha. Y así adinaríamos mil cosas más. Yo pienso en este momento, si me autoriza la presidencia, enfocar el problema brevemente, pero orientándolo hacia los asistentes que no sean médicos-psiquiatras de niños. Quizás algo que no será válido en absoluto, pero será clarificador y que no es mío, algo que está escrito de toda la vida y que en síntesis, diríamos que entenderíamos o hablaríamos de los deficientes mentales (lo que en terminología francesa son los "arrièrès". Existen unos deficientes mentales digo, que son aquellos que por defectos de estructura psicológica y mental carecen de lo que se precisa para un desarrollo intelectual; y están en una situación irreversible, que se puede mejorar e incluso explotar frente a la sociedad, pero es irreversible. Y después, deberíamos entrar colocándonos en el campo del Dr. Guarné, en el diagnóstico diferencial. ¿Qué sería entonces lo que calificamos de retraso? (retard mental de los franceses). Sería un retraso de la evolución a partir de estructuras mentales normales, con posibilidades normales, que debido a problemas situacionales familiares (lo han dicho todos los ponentes), escolares, etc., es decir por un no-aprovechamiento de unas capacidades existentes o bien recuperables al principio, se llega a rigidizar de tal forma que luego se convierten en auténticos defectos. En resumen, diríamos que el retardo mental es aquél que teniendo unas posibilidades, no se aprovecharon en su tiempo, lo ha dicho la Dra. Júdez, y todos ustedes,

desde el distinto punto de vista de cada uno, que unos serían por defecto de los estímulos o por cualquier tipo de carencia, o por causa de trastornos psicoafectivos, etc. Particularmente el Dr. Cobo ha insistido en diversas circunstancias, en que aparecen estructuras que conducen a la inhibición o a la inseguridad, o a fijaciones determinadas, o a problemáticas de tipo familiar. Algo importante que no se ha dicho, y lo conocen ustedes y lo conoce el Dr. Tomás, son los problemas que dependen de las inmadureces orgánicas. Así debemos extremar nuestra precaución frente a los prematuros, frente a los cuales lo más prudente es no hacer ningún diagnóstico hasta los 3 años.

Por último, queda algo no válido, que son las falsas debilidades mentales. Ya fue Evermail en 1926 que habló de las anomalías provisionales, concepto que ni el Dr. Jerónimo de Moragas, ni yo tampoco, aceptamos. Y evidentemente, no existe, son errores de diagnóstico naturalmente operativos; prueba de ello, es que le hemos dedicado todo este simposio. Otro capítulo que no se ha abordado en absoluto, es el de la disarmonía evolutiva; trastorno de estructura de una importancia enorme, discutible y opinable y que no se ha llevado a la mesa en absoluto, probablemente por falta de tiempo material. Pero ¿porque señores, Misses arremete contra Diatkine cuando no admite al atípico?, ¿porque se enfrenta contra unas sociedades francesas cuando dice que la prepsicosis no tiene nada que ver con su diarmonía evolutiva?. No hemos podido tratarlo y quizás por esto hemos dado con el núcleo de las falsas disarmonías evolutivas, o de la falsa debilidad mental, sin duda, concepto no válido para mí, y que tan solo es aceptable, como noción operativa.

Creo que sería de interés, un simposio que tratara sobre la disarmonía evolutiva y así lo propongo al Sr. presi-

dente, y también que se hablara de las deterioraciones mentales.

Por último, tal como nos llamaba la atención la Dra. Teixidó, querría referirme a las perturbaciones instrumentales que pueden presentarse como debilidades y querría insistir una vez más en que debemos pensar en las disarmonías evolutivas y que éstas, pueden llegar a convertirse en auténticas psicosis de adultos y que también pueden aparecer formas pseudoneuróticas con expresión deficitaria que podrían confundirse con cualquier forma de oligofrenia. Respecto a lo demás, querría señalar que no es necesario salir de nuestras fronteras, para descubrir que el ambiente tiene una trascendencia enorme en el desarrollo. En Barcelona existen trabajos que remontan al año 14, que así lo señala.

El Dr. Romacho, ha puesto realmente el dedo en la llaga sentando el problema a un nivel más concreto y a éste nivel, yo insistiría en señalar que la escuela convencional, es enormemente discriminatoria e insistiría en señalar que esta nociones trascendente. La escuela maternal es enormemente discriminatoria no tan solo en España, sino en todo el mundo y sin duda esto nos lleva, a una crítica del sistema que aunque nos aleje de lo que estamos tratando, es muy importante.

Frente a lo que se ha dicho del tratamiento. Hemos hablado de ciegos y de sordos. El ciego, se considera en el mundo como un individuo normal; al sordo, no. Definiendo como normal, a la persona capaz de realizarse como hombre. Si alguno de ustedes ha dirigido o ha trabajado en serio sobre sordos, habrá encontrado una cantidad de patología extraordinaria; entre los ciegos, tan solo se encuentra la variedad normal de patología. El sordo tiene una patología que no depende tan solo de su desafrenciación, sino que depende

de la propia etiopatogenia de su trastorno.

Querría decirle muchas cosas a la Dra. Fornell y a lo que ha planteado, ya que si en lugar de haber encontrado en el aeropuerto una psicóloga de una determinada escuela, hubiera sido de otra; se hubiese sacado de la manga la disfunción cerebral mínima y hubiera repetido lo mismo; quiero decir con ello, que los problemas que usted ha planteado aquí, son a mi entender, problemas de pensamiento esencialmente. Son problemas de individualización y de identidad. Creo que ha contestado usted magníficamente pero desearía decirlo, que no se sienta defraudada por la impresión de que en España estamos un poco atrasados, ya que ésta crítica yo se la haría a Zazo en persona. En este momento todo está en discusión, todo es opinable, y yo personalmente, me felicito enormemente y felicito a la sala y al presidente, de haber tenido la oportunidad de cambiar estas impresiones.

Sr. Meler:

Me pareció entender que el próximo simposio de la Sección de Psiquiatría Infantil de la Asociación Española de Pediatría, se efectuará en Cádiz en febrero del año próximo, y que el tema tratará alrededor de la neurosis infantil. Yo desearía hacer la sugerencia, ya que en principio el ámbito es médico, para efectuar un trabajo conjunto, puesto que la problemática de las neurosis nos afecta también a nosotros, ya que el fracaso escolar, personal de los niños, se desenvuelve normalmente dentro del ámbito de la escuela. Me he sentido muy afectado cuando frente a las preguntas del Dr. Romacho, respondió el presidente Dr. Teruel, vivamente, sobre la calidad y la cantidad de traumas que se producen en el ámbito escolar. Estoy

totalmente de acuerdo en que nuestra escuela, como señalaba mi maestro el profesor Folch Camarasa, es discriminatoria, traumatizante, frustrante y todo lo que ustedes quieran, pero creo que si tan solo nos quedamos en el nivel de lanzarnos los dardos de las culpabilidades respectivas, no terminaríamos nunca. Por ello, quizás un trabajo conjunto, sería muy importante y facilitaría que los no-médicos, que también podemos decir algo, pudiéramos colaborar para la comprensión global del problema y en la búsqueda de posibles soluciones.

Dr. Teruel:

Celebro que Meler (no médico), haya intervenido y de la forma en que lo ha hecho, porque precisamente una de las mayores preocupaciones de la Junta Directiva de nuestra sección, era de modificar los estatutos anteriores, para que puedan pertenecer todos aquellos licenciados cuya actividad preferente esté relacionada con la psiquiatría in-

fantil. La única condición, es la de que pertenezcan a la AEP, a través de las correspondientes sociedades regionales.

En relación con el tema del simposio, quiero decir que uno de los fenómenos más importantes, en el estudio experimental del aprendizaje, es la de la llamada "disposición de aprendizaje". Esto quiere decir que el individuo lo que realmente aprende, son estrategias, esquemas. En otras palabras, aprende a "aprender". Todas las etiopatogenias mencionadas, podrían actuar por el mecanismo común de la perturbación de éste "aprender a aprender".

Gracias a los compañeros porque han trabajado con una ilusión enorme, venciendo muchas dificultades y sacrificios, tanto para la preparación de los temas, como para venir aquí, porque alguno de ellos tendría que estar en éstos momentos en otra reunión científica. Esto se lo debemos agradecer así, como agradecer de nuevo a la comisión organizadora todas las posibilidades que nos han dado para que se lleve a buen término esta reunión.

BIBLIOGRAFIA

- La Inteligencia. Mitos y realidades. Henri Salvat.
- Los débiles mentales. René Zazzo.
- I Congreso Ibero-Latino-Americano sobre Deficiencia Mental.
- *Confrotations psychiatriques n.º 10 1.973. Débilités mentales. Stude pluridimensionnelle du Syndrome dit "Débilité mentale légère"*.
- El mito de la inteligencia. Carl G. Liungman.
- Revista Departamento Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona 5,5, 306-314 (1.978).
- Las oligofrenias. Antonio Sánchez - Barranco - Ruiz.
- Manual de Psiquiatría Infantil. J. de Ajuriaguerra.
- Revista Infancia y aprendizaje. N.º 4.